Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżawskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 stycznia 1882. № 2. Rok XXI.

I. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. Stanisław Ponikło
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 1).

A) Własne doświadczenia na zwłokach.

Trudności i przeszkody badania: 1) Tężec pośmiertny, czasem wysokiego stopnia, sprawiający sztywność mięśni brzusznych, utrudnia wielce opukiwanie, a w przypadkach, gdzie uprzednio za pomocą zgłębnika wtłoczono do jamy żołądka powietrze, stoi na przeszkodzie łatwemu wydęciu żołądka.

2) Częstokroć z powodu silnego zaciśnięcia szczęki skutkiem tężca mięśni żwaczy wprowadzenie zgłębnika przez jamę ustną jest trudne a nawet niemożebne. Śród usiłowania rozwarcia gwałtownego jamy ustnéj za pomocą rozwieraczy może nastąpić wyłamanie zębów lub nawet powierzchowne zmiażdżenie szczęki (rzecz nieobojętna nawet przy doświadczeniach na zwłokach).

3) Zgłębnik natrafia regularnie w zwłokach na dość znaczny opór w górnéj części gardziela.

4) Z powodu tężca pozostaje powietrze wpompowane do jamy żołądka pod tak wysokiém ciśnieniem, iż około zgłębnika wprowadzonego przez jamę ustną uchodzi z sykiem a nawet przy wtłoczeniu większéj ilości powietrza przedziera się szczelinami zgłębnika angielskiego, co nie dozwala dokładnie wybadać granicy dolnéj żołądka, gdyż ta z powodu uchodzenia powietrza ustawicznie się zmienia.

5) W pewnéj ilości przypadków powietrze wtłoczone do żołądka nawet w miernéj ilości przedostaje się przez odźwiernik do jelit cienkich i takowe równocześnie wydyma; przy wpompowaniu znaczniejszéj ilości powietrza dzieje się to stale. (Odźwiernik na zwłokach słabo tylko lub wcale nie domyka, jak mnie liczne doświadczenia przekonały).

Aby o ile to było możebne te przeszkody usunąć lub takowe przynajmniéj zmniejszyć, postępowałem w sposób następujący:

1) Badałem, o ile okoliczności na to pozwalały, zwłoki świeże, w kilka godzin po śmierci: wtedy czasem tężec nie był jeszcze w zupełności rozwinięty.

2) W seryi doświadczeń, gdzie zastosowywałem uprzednio wydęcie żołądka powietrzem, nie wprowadzałem zgłębnika przez jamę ustną, lecz wycinałem dno jamy ustnéj wraz z językiem, podniebieniem miękkiem i tylną ścianą przełyku; wsuwałem następnie zgłębnik i odpreparowawszy gardziel poniżéj chrząstki pierścieniowéj obwiązałem takowy silną nicią koło zgłębnika. Górny koniec zgłębnika był w połączeniu z rurką kauczukową na kilka centimetrów na zgłębnik zachodzącą, którą po wpompowaniu powietrza uciskałem klamrą. Tym sposobem zapobiegałem uchodzeniu powietrza podczas doświadczenia.

3) Aby przeszkodzić dostawaniu się powietrza do jelit przez odźwiernik w przypadkach, gdzie chciałem żołądek znaczniéj wydąć, uskuteczniałem na 2—3 cm. na prawo od linii środkowéj cięcie na 5—6 cm. długie podłużnie przez powłoki brzuszne; przez otwór w ten sposób powstały wprowadzałem palec do jamy brzusznéj, aby wymacać górną część dwunastnicy; takową ostrożnie wyciągnąłem przez otwór i grubą nicią kilkakrotnie podwiązałem, na koniec wpuściwszy jelito do jamy brzusznéj ranę dokładnie zaszyłem. Przy tém postępowaniu zwracałem baczną uwagę na to, aby się powietrze do jamy otrzewnowéj nie dostało, co przy silném napięciu stężałych ścian brzusznych udawało się. Tym sposobem przeszkodziłem w zupełności dostawaniu się powietrza do jelit, nie zmieniwszy w niczém ułożenia trzew.

W pierwszéj seryi doświadczeń opukiwałem w pozycyi zwłok na wznak okolicę żołądka i starałem się oznaczyć dolną granicę takowego w linii środkowéj, przymost-

kowéj lewéj, sutkowéj i pachowéj przedniéj. Zwracałem przytém uwagę na następujące znaki rozpoznawcze:

1) na różnicę wysokości odgłosu bębenkowego nad żołądkiem i jelitami,

2) gdzie tego zauważyć nie mogłem dokładnie i regularnie, w ogóle na różnicę siły i barwy odgłosu wypukowego,

3) na wzmożony odgłos *(vermehrter Widerhall)* przy równoczesném osłuchiwaniu,

4) na podźwięk metaliczny przy osłuchiwaniu,

5) na granicę możebnego w okolicy żołądka stłumienia odgłosu wypukowego z powodu nagromadzenia w żołądku znaczniejszéj ilości płynu.

Granicę żołądka na podstawie tych znaków rozpoznawczych przypuszczoną oznaczałem we wspomnianych linijach ołówkiem krédkowym barwnym. Następnie otwierałem jamę brzuszną cięciem podłużném, cięcia poprzecznego dla uniknięcia zmiany położenia trzew nie wykonywałem i porównywałem wyniki badania z rzeczywistą dolną granicą żołądka.

D. 1.) S. T., mężczyzna l. 20. Tężec mierny. Okolica żołądka zarysów prawidłowych. Dolna granica żołądka daje się odróżnić po różnicy odgłosu wypukowego jawnego bębenkowego i stłumionego poniżéj występującego w pasie na 3 cm. szerokim. Przypuściwszy, iż żołądek wypełniony jest płynem, uważałem dolną granicę stłumienia za dolną granicę żołądka i takową oznaczyłem:

[1]) L'Sr = poziom pępka
LPMl = 1 cm. + p. pępka
LStl = 1 cm. + p. pępka.

Sekcyja wykazała jednak, iż pas odgłosu stłumionego nie pochodził od płynu zawartego w żołądku, lecz od wypełnionéj znacznie kałem płynnym poprzecznicy, bezpośrednio do żołądka przylegającéj. Pomyłka polegała zatém na policzeniu wypełnionéj płynem poprzecznicy do żołądka.

D 2. B. S., mężczyzna lat 20. Tężec wyraźny. Nie można za pomocą perkusyi oznaczyć dolnéj granicy żołądka: na całym brzuchu prawie wszędzie jednakowy odgłos wypukowy, jawny i bębenkowy. Różnicy wysokości wykazać nie można.

Sekcyja wykazała: Żołądek znacznie skurczony, bardzo mało gazu zawierający, w całości wyżéj łuku żebrowego umieszczony.

D. 3. S. G., lat 60, mężczyzna. Opukiwaniem bezpośredniém dolnéj granicy oznaczyć nie można. Wpompowano mierną ilość powietrza do żołądka, poczém granica dolna dokładnie oznaczyć się dała wedle różnicy wysokości odgłosu bębenkowego, który nad żołądkiem był znacznie niższy. Przy wpompowywaniu coraz większéj ilości powietrza następowały wyraźne zmiany w jakości odgłosu wypukowego.

1) przy miernéj ilości powietrza odgłos bębenkowy jawny, średniéj wysokości, bez podźwięku metalicznego;

2) przy wtłaczaniu znaczniejszéj ilości powietrza odgłos wypukowy stawał się coraz niższy; przy pewném jeszcze niezbyt znaczném napięciu poczynał występować podźwięk metaliczny;

3) przy dalszém wtłaczaniu podźwięk metaliczny stawał się coraz wyraźniejszy;

[1]) L'Sr = linija środkowa, LPMl = linija przymostkowa lewa = LPMpr = linija przymostkowa prawa. LSt = linija sutkowa wyżéj lub niżéj poziomu pępka oznaczone znakami + i —. LPp = linija pachowa przodkowa.

4) przy wpompowaniu bardzo znacznéj ilości powietrza niknął podźwięk metaliczny, wreszcie i bębenkowość odgłosu ustępowała odgłosowi wypukowemu jawnemu niebębenkowemu.

Sekcyja wykazała, iż dolna granica żołądka była dokładnie oznaczoną. Bezpośrednio do dolnéj granicy żołądka przylegała poprzecznica miernie wydęta. Granicy nie podaję, gdyż ta zmieniała się wedle ilości wpompowanego powietrza; kładę tylko nacisk na zmianę jakości odgłosu wypukowego w różnym stopniu napięcia.

D. 4. N. N., kobieta około lat 30. Przypuściłem wedle różnicy wysokości odgłosu bębenkowego granicę dolną żołądka, jak następuje:

LPMpr = 3.5 + p. pępka
LPMl = 2.0 + „ „
LPp = 2.0 + „ „

Pas na 2 cm. szeroki powyżéj tych granic dawał odgłos wypukowy stłumiono bębenkowy.

Sekcyja wykazała błędność oznaczenia: żołądek skurczony, w całości popod łukiem żebrowym umieszczony, poniżéj poprzecznica wydęta i płynem częściowo wypełniona (stłumiono- bębenkowy), poniżéj poprzecznicy mało wydęte pętle jelita cienkiego. Pomyłka polegała na zaliczeniu wydętéj poprzecznicy do żołądka.

D. 5. W. K., mężczyzna, l. 31. Perkusyją oznaczono, po różnicy wysokości odgłosu wypukowego bębenkowego, dolną granicę żołądka w LPMl = poziom pępka

LStl = 1 ctm. + p. pępka
LPp = 2 ctm. + „ „

Wpompowano następnie średnią ilość powietrza. Okolica żołądka wyraźnie się wypukliła, dolnéj jednak granicy nie można było wymacać. Gdy przed wydęciem granica dolna (prawdopodobnie) dała się wykazać po różnicy wysokości, po wydęciu prawie na całym brzuchu otrzymano odglos wypukowy jednakowy. Sekcyja wykazała, iż powietrze dostało się przez odźwiernik do jelit; ostatnie były znacznie wydęte.

D. 6. Mężczyzna l. 30. Przez bezpośrednie opukiwanie żołądka oznaczyć nie można. Również zastosowanie opukiwania i równoczesnego osłuchiwania nie prowadzi do pożądanego celu.

Wydęto żołądek powietrzem „średnio“. Wtedy oznaczyłem po różnicy wysokości dolną granicę w

LPMl = 4 cm. + p. pępka
LStl = 2 cm. + „ „

Równoczesne osłuchiwanie za pomocą stetoskopu wykazało wyraźny, w powyżéj podanych granicach słyszalny, podźwięk metaliczny.

Sekcyja potwierdziła wynik badania w zupełności: Poniżéj żołądka przebiegała poprzecznica miernie powietrzem wydęta. Następnie (już po przecięciu powłok brzusznych w linii środkowéj tylko i po uwidocznieniu tym sposobem ułożenia trzew, przyczém starałem się, aby ściany brzuszne przylegały dokładnie do jelit i żołądka) wypełniałem w różnym stopniu żołądek. Okazało się, iż po podźwięku metalicznym przy opukiwaniu i równoczesném osłuchiwaniu dała się dolna granica żołądka oznaczyć, jednak tylko przy średniém napięciu żołądka podźwięk metaliczny występował.

D. 7. N. N., mężczyzna l. 35. Przy opukiwaniu bezpośredniém żadną miarą dolnéj granicy żołądka oznaczyć nie można. Wpompowano „średnią“ ilość powietrza: granicę

dolną oznaczono w LSr = 2 ctm. + p. pępka, w LPMl 4 cm. poniżéj łuku żebrowego w LStl pod samym łukiem żebrowym. Uczyniono to na podstawie różnicy odgłosu wypukowego bębenkowego niskiego nad żołądkiem i obecności podźwięku metalicznego. Sekcyja wykazała prawdziwość oznaczenia. Następnie, już po otwarciu jamy brzusznéj (tylko cięciem podłużném), podwiązano dwunastnicę i przyłożono powłoki brzuszne dokładnie do jelit: przy opukiwaniu i równoczesném osłuchiwaniu stwierdzono obecność podźwięku metalicznego dokładnie w granicach żołądka.

D. 8. Na podstawie wyniku poprzedzającego doświadczenia podwiązano przez mały otwór, po stronie prawéj linii środkowéj wykonany, dwunastnicę i otwór zaszyto, bacząc, aby do jamy otrzewnowéj, ile możności powietrze się nie dostało. Potém wtłaczano przez zgłębnik powietrze i wówczas wystąpiła wyraźna różnica wysokości odgłosu wypukowego bębenkowego (przed wtłoczeniem powietrza nie było żadnéj), która zdawała się wskazywać dolną granicę żołądka. Granica ta znachodziła się w LPMl 3·5 cm. + p. p. w LPp w poziomie łuku żebr.

Sekcyja wykazała prawdziwość oznaczenia. Kontury rozdętego żołądka nie uwidoczniły się przez powłoki brzuszne. Gdy po otwarciu jamy brzusznéj różne ilości powietrza wtłaczano do żołądka i takowy bezpośrednio opukiwano, stwierdzono bardzo wyraźny podźwięk metaliczny w żołądku, który jednak przy mocniejszém napięciu ścian żołądka ustępował.

D. 9. S. K., mężczyzna, l. 57. Dolna granica żołądka daje się wybadać po różnicy wysokości odgłosu bębenkowego. Granicę oznaczono w LStl i LPMl nieco tylko pod łukiem żebrowym; poniżéj odgłos wypukowy znacznie wyższy.

Sekcyja wykazała: żołądek skurczony, w całości pod łukiem żebrowym umieszczony.

D. 10. M. P., kobieta l. 18. Przy opukiwaniu otrzymujemy odgłos wypukowy bębenkowy dość niski nad łukiem żebrowym lewym, poniżéj bębenkowy, nieco stłumiony, lecz wybitnéj różnicy wysokości dostrzedz nie można. Granica między jawnym bębenkowym a stłumiono bębenkowym poniżéj przebiega mniéj więcéj równo z łukiem żebrowym lewym.

Sekcyja: Żołądek skurczony, cały powyżéj łuku żebrowego umieszczony; od linii przymostkowéj począwszy przebiega poprzecznica wypełniona kałem (stłumienie).

D. 11. N. N., kobieta l. 35. Przy perkusyi otrzymujemy w przestrzeni Traubego odgłos wypukowy bębenkowy aż do łuku żebrowego, poniżéj na 4 cm. w pasie nieregularnym stłumiony, niżéj bębenkowy, dość niski. Granicy dolnéj żołądka zatém oznaczyć nie można.

Sekcyja okazała: Granica dolna żołądka nie dała się oznaczyć, gdyż żołądek był zupełnie skurczony. Stłumiono-bębenkowy odgłos wydawała kałem wypełniona poprzecznica.

D. 12. N. N., mężczyzna około l. 40. Opukiwaniem bezpośredniém bardzo dokładnie daje się wybadać dolna granica żołądka po niskim bębenkowym odgłosie w odróżnieniu od bardzo wysokiego bębenkowego poniżéj w Lsr = połowa odstępu wyrostka mieczykowatego od pępka,

w LPMl = 5 cm. poniżéj łuku żebrowego
w LStl = 3 cm. niżéj „ „
w LPp = oznaczyć się granica nie da, gdyż tam występuje stłumienie.

Sekcyja stwierdza w zupełności wyniki opukiwania. Popod żołądkiem bezpośrednio przebiegają pętle jelita cienkiego mało wydęte gazem i poziomo, do siebie wzajemnie równolegle przebiegające, poniżéj, pętle jelita cienkiego pokręcone i nieco więcéj rozdęte. Stłumienie od linii pachowéj przedniéj tłumaczy się obrzękiem śledziony skrobiowatéj.

Zwracam tu tymczasowo uwagę na ułożenie pętli jelita cienkiego, o czém poniżéj.

D. 13. N. N., kobieta l. 30. Przy opukiwaniu powyżéj łuku żebrowego lewego odgłos wypukowy bębenkowy niski nieco odmienny, lecz od pierwszego wyraźnie odróżnić się niedający mniéj więcéj do poziomu pępka, poniżéj znacznie wyższy. Dolnéj tedy granicy żołądka oznaczyć nie można, gdyż z powodu małego wypuklenia brzucha trudno przypuścić, aby żołądek sięgał aż do poziomu pępka.

Sekcyja wykazała: Żołądek w granicach prawidłowych, bezpośrednio pod takowym bardzo znacznie rozdęta poprzecznica (granica bębenkowego niskiego), poniżéj pętli jelita cienkiego (wysoki).

D. 14. Kobieta l. 50. Brzuch wzdęty miernie. Na całym brzuchu otrzymujemy odgłos wypukowy bębenkowy jednakiéj wysokości, tak że żadną miarą nie można sobie wyrobić wyobrażenia o granicach żołądka. Także osłuchiwanie połączone z opukiwaniem nie daje żadnych wyników.

Sekcyja wykazuje: Żołądek mało wydęty, w całości powyżéj łuku żebrowego ułożony; tuż pod nim bardzo znacznie wydęta poprzecznica (prawie do rozmiarów żołądka); poniżéj pętle jelita cienkiego również znacznie wydęte.

D. 15. Kobieta l. 30. Przez opukiwanie można oznaczyć granicę pomiędzy bębenkowym niskim a wyższym poniżéj w Lsr = połowa odstępu wyrostka mieczykowatego od pępka

w LPMc 1cm. + p. pępka
w LStl 2cm. + p. „
w LPp 4cm. + p. „ (!)

Sekcyja wykazuje: Żołądek mało gazem wydęty, w całości wyżéj łuku żebrowego ukryty; poprzecznica mocno wydęta i ukośnie ułożona (ztąd granica w linii pachowéj znacznie niższa). Oznaczono tedy fałszywie dolną granicę poprzecznicy zamiast granicy samego żołądka.

D. 16. Mężczyzna lat 30. Przez opukiwanie można dokładnie oznaczyć granicę żołądka po wyraźnéj różnicy wysokości odgłosu wypukowego

w LSr, w LPM, w LPp } na 2cm. + p. pępka.

Sekcyja wykazuje prawdziwość oznaczenia: żołądek miernie wydęty; pętle jelita cienkiego przylegają doń bezpośrednio — miernie rozdęte gazem.

D. 17. Mężczyzna lat 40. Zdaje się, iż można oznaczyć dolną granicę żołądka przez bezpośrednią perkusyję, gdyż w Lsr., LStl, LPMb poziom pępka odgranicza odgłos wypukowy bębenkowy wielce różnéj wysokości.

Sekcyja wykazuje zupełną mylność rozpoznania: żołądek jest pokryty wraz z poprzecznicą bezpośrednio pod nim ułożoną mocno wydętemi i pokręconemi pętlami jelita cienkiego; w miejscach, gdzie wybadano odgłos wyższy, pętle jelitowe przebiegają pasmowato, nie pokręcone, równolegle do siebie.

D. 18. Z. M. l. 20, kobieta. Opukując okolicę żołądka można oddzielić od siebie 3 pasma odgłosu wypukowego:

1) pasmo odgłosu bębenkowego niskiego } oba z podźwiękiem metaliczn.
2) pasmo odgłosu bębenk. nieco wyższ. }

3) pasmo odgłosu bębenkowego wysokiego, bez podźwięku metalicznego. Odpowiednio granicy 2go i 3go pasma przypuszczono dolną granicę żołądka.

Sekcyja wykazuje, iż w 1éj warstwie leży żołądek, bezpośrednio pod nim rozdęta poprzecznica, a poniżéj pętle jelita cienkiego miernie wydęte.

D. 19. Kobieta l. 30. Przez małą ranę po prawéj stronie linii środkowéj wyciągnięto dwunastnicę i takową podwiązano. Następnie po zaszyciu rany wtłaczano powietrze. Okolica dołka podsercowego wypukliła się bardzo wyraźnie, lecz nie dawała przy opukiwaniu odgłosu odmiennego, niż poniżéj. Zatém i rozdętego żołądka nie można było oznaczyć.

D. 20. J. W. l. 60. Bezpośrednio przez perkusyję nie można dokładnie oznaczyć dolnéj granicy żołądka. Wprawdzie jest niejaka różnica wysokości odgłosu wypukowego, jednakowoż dokładnie i ściśle ocenić jéj nie można. Natomiast przy opukiwaniu i równoczesném osłuchiwaniu otrzymujemy „wzmożony odgłos“ i po tym objawie oznaczono dolną granicę żołądka w Lsr = w połowie odstępu żołądka mieczykowatego od pępka w LPM 1 cm. wyżéj, w LStl 3 cm. wyżéj.

Sekcyja wykazuje, iż dolna granica żołądka miernie gazem wydętego leży tylko na ½ cm. wyżéj, poniżéj pętle jelita cienkiego, poprzecznica ukryta popod niemi.

D. 21. Dziewczyna 10-letnia. Bezpośrednio zapomocą perkusyi żołądka oznaczyć nie można: wszędzie jednakiéj wysokości odgłos wypukowy.

Sekcyja wykazuje: żołądek w całości ułożony powyżéj łuku żebrowego, poniżéj znacznie wydęte, pokręcone pętle jelita cienkiego.

Zestawienie powyższych doświadczeń: Widzimy, iż z pomiędzy 21 przytoczonych doświadczeń zaledwie w 6ciu, t. j. w d. 5, 8, 9, 12 i 16, można było z pewną dokładnością bezpośrednio za pomocą perkusyi oznaczyć dolną granicę żołądka. W przypadkach tych okazał się żołądek przy sekcyi wydęty przynajmniej średnio gazem i przytykał od dołu do przecznicy mało wydętéj, albo do pętli jelita cienkiego również słabo tylko albo „średnio“ wydętych. Cechą rozpoznawczą była w tych przypadkach wyraźna różnica wysokości odgłosu bębenkowego: nad żołądkiem był nizki i pełniejszy, poniżéj znacznie wyższy i mniej pełny. W doświadczeniu 4 i 13ém oznaczono fałszywie zamiast dolnéj granicy żołądka, dolną granicę poprzecznicy znacznie gazami wydętéj: poprzecznica wydęta dawała w tych przypadkach odgłos wypukowy równéj wysokości jak żołądek. W 2 przypadkach usiłowano w dniu 1 i 10 oznaczyć dolną granicę żołądka dość wydętego po dolnéj granicy odgłosu wypukowego stłumionego, przypuszczając, iż jest wypełniony nadmiernie płynem. W obu przypadkach pochodziło stłumienie odgłosu wypukowego od wypełnionéj kałem poprzecznicy, nie zaś od płynu w żołądku. W doświadczeniu 14ém, gdzie opukiwanie na całym brzuchu wykazywało odgłos wypukowy jednakiéj wyskokości, sekcyja wykazała, iż tak żołądek, jak przytykająca doń od dołu poprzecznica jak wreszcie i pętle jelita cienkiego znacznie wydęte i pokręcone zupełnie jednakowy odgłos wypukowy wydawały. W doświadczeniu 17 tak żołądek jak poprzecznica były w całości pokryte pętlami jelita cienkiego powydymanemi znacznie i pokręconemi: odgłos wypukowy był téż wszędzie jednakowéj wysokości i barwy.

Wnioski: Dolną granicę żołądka można oznaczyć bezpośrednio za pomocą perkusyi w następujących okolicznościach:

1) Jeśli żołądek jest do pewnego stopnia wypełniony gazem, tak aby przynajmniéj nieco wystawał krzywizną wielką po pod łukiem żebrowym.

2) Jeśli do niego od doła przylega poprzecznica mało wydęta, nie wypełniona płynem albo kałem.

3) Jeśli doń przytykają od dołu pętle jelita cienkiego mało lub miernie wydęte, zwłaszcza więcéj pasmowato przebiegające [1]).

4) Jeśli nie jest pokryty pętlami jelita cienkiego.— W braku którejkolwiek z powyższych okoliczności oznaczenie dolnéj granicy żołądka rozmiarów prawidłowych jest bardzo względne a często niemożebne.

Po uprzedniém sztucznem wydęciu żołądka. We wszystkich tych przypadkach, gdzie przed opukiwaniem sztucznie za pomocą zgłębnika wypełniono powietrzem żołądek, prócz d. 19go, oznaczenie dolnéj granicy żołądka nie napotykało na trudności; już po różnicy wysokości można było takową oznaczyć. Nadto wykazują powyższe doświadczenia, iż uwzględnianie podźwięku metalicznego w opukiwaniu i równoczesném osłuchiwaniu stetoskopem ma pewną wartość rozpoznawczą: Podźwięk metaliczny (v. Leichtenstern) występuje jednak tylko przy miernem średniém napięciu ścian żołądka, zmienia swą wysokość w różnych stopniach napięcia ścian żołądka a w znaczniejszém napięciu niknie w zupełności. W doświadczeniu 3 i 6 zdołałem za pomocą podźwięku metalicznego dość dokładnie oznaczyć granicę żołądka.

Jednak przyznać muszę, iż w tych przypadkach, w których podźwięk metaliczny występuje, prawie zawsze po różnicy wysokości odgłosu wypukowego dolną granicę oznaczyć można. W 1szym przypadku w d. 20 nie wybadałem wprawdzie podźwięku metalicznego, lecz tylko silny i nieco dźwięczny „wzmożony odgłos“ *(vermehrter Widerhall).*

Wnioski: 1) Dolną granicę żołądka znaczniéj wydętego sztucznie prawie zawsze oznaczyć można przez opukiwanie po różnicy wysokości odgłosu bębenkowego.

2) Dla skontrolowania wyniku badania może służyć podźwięk metaliczny, wybadany przez równoczesne osłuchiwanie, jednak na samym podźwięku polegać nie można.

3) W znaczniejszém wydęciu żołądka na zwłokach powietrze dostaje się także do jelit. W takim przypadku wyniki badania są względne *(v. Ebstein Incontinenz des Magens).* (C. d. n.)

II. Spostrzeżenia nad nerką wędrującą.

Skreślił Dr. B. Skórczewski,
lekarz zdrojowy w Krynicy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Twierdzeniu Landaua, jakoby przez wypuk bardzo łatwo było rozpoznać lewą nerkę wędrującą, muszę stanowczo przeczyć, albowiem zazwyczaj w tych przypadkach

[1]) Stwierdziłem doświadczeniami na zwłokach, iż pętle jelita cienkiego zupełnie wyprostowane w linii prostéj przebiegające wydają odgłos wypukowy wyższy, niż téj saméj długości pętle jelita jednakowo wydęte lecz pokręcone. Tłumaczyłbym sobie to zjawisko tak, iż pętla pokręcona przedstawia jamę powietrzną komunikującą węższym otworem z dalszą częścią jamy jelita i w tkutek tego tak, jak to stwierdzamy nad jamami suchotniczemi, przy otwarciu i zamknięciu ust wydaje odgłos wypukowy niższy (wedle maksymy, iż przestrzeń powietrza zamknięta wydaje tém wyższy odgłos wypukowy, im szerszym otworem komunikuje z powietrzną).

stłumienie pochodzące od śledziony łączy się ze stłumieniem pochodzącém od nerki i nie mamy wtedy żadnych podstaw, aby stanowczo rozstrzygnąć: czy znajdujemy tylko powiększoną śledzionę czy też śledzionę prawidłową a nerkę obniżoną lub wreszcie nie znajduje się obok powiększonéj śledziony także nerka wędrująca. Mojém zdaniem rozpoznać to można jedynie przez macanie, uwzględniając przytém rezultat otrzymany przez pukanie, i to raz wtedy, gdy potrafimy znaleźć wnękę nerki, albo też gdy obok nerki zdołamy wykazać powiększoną śledzionę. Niekiedy jednak spotyka się takie trudności, których na razie przezwyciężyć nie podobna.

Zdaje mi się, że twierdzenie Landaua, iż w patogenezie nerki wędrującéj brzuch obwisły bardzo ważną, jeśli nie wyłączną, odgrywa rolę, w dalszych spostrzeżeniach należy poddać ściśléj krytyce. Być bowiem może, że brzuch obwisły o tyle tylko ma znaczenie w nerce wędrującéj, o ile takową w tych razach łatwiej możemy rozpoznać dla większéj podatności powłok brzusznych. Gdyby się udało wykluczyć ścisły związek między powstawaniem nerki wędrującéj a brzuchem obwisłym, to tém samém zachciałoby się wiele hipotez Landaua i innych co do związku między powodami a występowaniem nerki wędrującéj. Do tych uwag skłania mnie nietylko niezbyt przekonywająco przedstawiony mechanizm usuwania się nerki ze swego położenia skutkiem brzucha obwisłego, a po części także skutkiem porodów, ale także rezultat moich spostrzeżeń. Skoro bowiem Landau na dowód swego twierdzenia podaje ten szczegół, że na 42 przypadki przez siebie obserwowane tylko w jednym nie było brzucha obwisłego, a tylko dwie osoby z nerką wędrującą nie rodziły; to w moich spostrzeżeniach były prawie równe ilości nerki wędrującéj u kobiet, które nie rodziły (16), a które rodziły (19). W żadnym przypadku nie dostrzegłem brzucha obwisłego, ale za to ułatwione miałem ścisłe badanie narządów brzusznych przez to, że to były osoby osłabione, wątłe, niedokrewne, a ich powłoki brzuszne były cienkie i podatne.

Jak mało przekonywającém jest uzasadnienie Landaua związku przyczynowego między brzuchem obwisłym a tém samém i porodami a nerką wędrującą; tak samo słabe są jego dowody zaprzeczające związku przyczynowego między obrzękami wątroby i śledziony a nerką wędrującą. Wielu autorów (Rayer, Rollet) zaznacza ucisk przez powiększenie się sąsiednich narządów, mianowicie przez obrzęki wątroby i śledziony, jako ważną przyczynę ruchomości nerek; jednak nie słusznie. Wprawdzie w zimnicy lub w białaczkowych obrzękach śledziony, w przerosłéj wątrobie i obrzękach wątroby znajdowano także równocześnie nerkę wędrującą; że jednak nie w tém leży przyczyna ruchomości nerki, to na pewno wypływa ze spostrzeżenia, iż w tych cierpieniach nie zawsze zjawia się nerka wędrująca. Że zaś wzrost obrzęków śledziony i wątroby nadto odbywa się wzdłuż przedniéj powierzchni nerek, a nie w przedłużeniu osi podłużnéj, to przez takowy powinny być nerki raczéj utrzymywane w swém położeniu a nie spychane.

Ani jeden ani drugi z tych dowodów wcale nie przekonywa o słuszności przeczenia dawnym poglądom. Zwłaszcza ostatni dowód jest zbyt naciągany i nieprawdopodobny. W jakiż bowiem sposób możnaby przypuścić, aby ciśnienie wywołane przez obrzękającą wątrobę lub śledzionę a rozpoczynające się od górnéj $^1/_3$ części nerki i posuwające się ku dołowi choćby po zewnętrznéj płaszczyźnie nerki mogło jéj nie spychać, ale ją więcéj na miejscu utrzymywać? Drogą rozumowania chętniéj przyłączam się w tym względzie do poglądów Rayera, Rolleta i i. a wyrażenie się w tym względzie Cruveilhiera, że pod ciśnieniem wątroby wyciśniętą zostaje nerka tak, jak pestka z wiśni między dwoma palcami, wydaje mi się jako bardzo trafne.

Do tego mniemania skłania mnie także rezultat spostrzeżeń, albowiem 21 przypadków przezemnie obserwowanéj nerki wędrującéj łączyło się z zimniczemi obrzękami śledziony, a nie było takowych tylko w 14 przypadkach. Co więcéj, tylko 3 przypadki lewéj nerki wędrującéj wystąpiły bez obrzękłéj śledziony, a 13 przypadkom ten obrzęk towarzyszył; podczas gdy w 11 przypadkach prawéj nerki wędrującéj nie było obrzękłéj śledziony, a była w 13 przypadkach.

Już Dietl (*Wandernde Nieren und deren Einklemmung. Wien med. Wochenschrift 1864)* podniósł ogólnikowo ten szczegół, że choroby gorączkowe, a osobliwie zimnica i tyfus, ważną odgrywają rolę w patogenezie nerki wędrującéj. Za punkt wyjścia w tych razach można przypuścić albo że pod wpływem gorączki wiotczeją tkaniny w ogóle, a tém samém i tkaniny utrzymujące nerkę w naturalném położeniu, albo, że skutkiem gorączki zostaje zużyty tłuszcz otaczający nerkę, przez co takowa łatwiéj może się wysunąć ze swego położenia, jak Landau utrzymuje, albo wreszcie, że przez zwiększone ciśnienie obrzękłą wątrobą lub śledzioną nerka bywa spychaną ku dołowi. Najprawdopodobniéj wszystkie te trzy szczegóły razem się tu ze sobą łączą i wzajemnie się wspierają.

Temi wywodami nie zamierzam twierdzić, że choroby gorączkowę, że obrzęki śledziony i wątroby, zawsze uważać należy za główną przyczynę nerki wędrującéj; ale tylko staram się zwalczyć przeczenie, iż tym obrzękom nie można żadnego przypisywać znaczenia przyczynowego, a zarazem pragnę zwrócić uwagę, że na ten szczegół więcéj baczyć należy w dalszych spostrzeżeniach nad nerką wędrującą, niż to dotychczas czyniono.

Pozostaje mi jeszcze kilka uwag nad niektóremi zboczeniami pojawiającemi się w nerce wędrującéj. Jedni uważają je za przyczynę, inni za skutek. Obecnie rozstrzygać tego nie można, ale też nie należy szczegółów pomijać.

Najczęściéj występują zboczenia w przewodzie pokarmowym, a z tych według moich spostrzeżeń zwątlenie zjawia się bardzo często, bo w 80%. Mnie się zdaje, że należy je uważać za skutek a nie za przyczynę nerki wędrującéj, jak to starałem się przedstawić w nadmienionéj już pracy o atonii żołądka i jelit (Pam. Tow. lek. warsz. 1878). Zazwyczaj w tych przypadkach prócz przewodu pokarmowego wszystkie tkaniny w mniejszym lub większym stopniu bywały wątłe, a raz tylko w przypadku tutaj niezaliczonym, gdyż nie pochodził on z praktyki lekarskiéj w Krynicy, znalazłem prawą nerkę wędrującą u osoby otyłéj, względnie zupełnie zdrowéj, i przez 7 lat ogólne zwątlenie nie wystąpiło. Podnoszę ten przypadek właśnie dlatego, iż takowy jest w sprzeczności z wszystkiemi 35 przypadkami przezemnie spostrzeganemi.

Zboczenia w układzie nerwowym również często towarzyszą nerce wędrującéj, i prawdopodobnie jeżli nie są przez nią wywołane bezpośrednio to przynajmniéj pośrednio, skutkiem zaburzeń w innych narządach. Na wstępie umieszczone liczby co do innych rodzajów zboczeń nerwowych z jednéj strony świadczą, że nerki wędrującéj nie można

obwiniać, jakoby była przyczyną histeryi. Odsetek takówéj jest niski, zaledwie 14%, podczas gdy Chrobak podaje 42% a Lancereaux aż 100%. Ale z drugiéj strony ani dotychczasowa empiryja ani rozumowanie nie sprzeciwiają się przypuszczeniu, że nerka wędrująca sama przez się może przyczyniać się do powstawania niedomogi nerwowéj (*Neurasthenia*), a têm samém w danym przypadku może usposobić do histeryi.

Zboczenia w narządzie rodnym przezemnie spostrzegane w nerce wędrującéj ani częstością ani jakością nie upoważniają mnie do twierdzenia, iżby one były przyczyną albo też skutkiem nerki wędrującéj. Że w danym przypadku niektóre cierpienia tego narządu mogą sprowadzać nerkę wędrującą, temu wcale nie zaprzeczam; nie wydaje mi się jednak prawdopodobném, aby w tych chorobach tak często zachodził związek przyczynowy, jak to Landau przypuszcza.

Zwracając uwagę na mocz spostrzegłem w jednym tylko przypadku prawéj nerki wędrującéj u mężczyzny, iż ślady białka stale przez parę lat występowały w większéj lub mniejszéj ilości. Reszta zaś składników moczu nie pozwalała mi wnioskować o cięższém schorzeniu nerek. W drugim przypadku lewéj nerki wędrującéj, także u mężczyzny (bez obrzęku śledziony), w nieregularnych kilkotygodniowych odstępach czasu pojawiały się silne krwotoki nerkowe, ale po takowych w moczu nie znajdowałem ani białka ani żadnych ważniejszych zmian.

Kreśląc te rozproszone spostrzeżenia nad nerką wędrującą nie usiłuję ich wiązać ze sobą w jeden obraz chorobowy, a to dla tego, że z prac dotychczasowych przekonałem się, iż materyjał w tym względzie jest mały, niedostateczny i jednostronny. Skutkiem tego dziś wysnute wnioski mogą być prawdziwe tylko dla nielicznych przypadków chorobowych, a wcale nie rozjaśniają ogólnego obrazu. Powiedziałbym, że jest przeciwnie. Tego rodzaju wnioski zaciemniają jeszcze tę sprawę, gdyż przyczyniają się do pewnych uprzedzeń. Mojém zdaniem sprawa nerki wędrującéj dzisiaj głównie tego wymaga, aby unikać błędu nierozpoznawania nerki wędrującéj, oraz aby spostrzeżenia nad tą chorobą ściśle a bezstronnie zapisywano i ogłaszano, aby jak najliczniejszy zgromadzić materyjał. Gdy ten będziemy mieli w dostatecznéj ilości i jakości, wtedy łatwo da się złożyć należyty, ogólny, pogląd na tę chorobę.

III. Oceny i sprawozdania.

Mauthner: **Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde. Glaucoma,** Wiesbaden, Bergmann, 1881.

Właściwéj przyczyny jaskry dotąd nieznamy a najlepszym dowodem tego są liczne teoryje. Do najskrajniejszych zapatrywań przyznaje się Mauthner, zaprzeczając, aby w oku jaskrą dotkniętém powstawało istotne zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego czyli ekskawacyja skutkiem podwyższonego ucisku śródocznego, natomiast przypuszcza, że tylko blaszka sitowa wraz z grubszemi naczyniami ustępuje ku tyłowi, podczas gdy zupełnie przeźroczyste włókna nerwu wzrokowego położenia swojego nie zmieniają.

Co do istoty rzeczy autor nie widzi różnicy pomiędzy rozmaitemi rodzajami jaskry. Ze względów praktycznych i dydaktycznych dzieli jednak przypadki jaskry na przewlekłe i ostre, które mogą być zapalne i nie zapalne. Najwybitniejsze objawy choroby są tak zwana ekskawacyja tarczy nerwu wzrokowego i podwyższenie ucisku śródocznego. Ani jeden ani drugi objaw nie stanowi istoty rzeczy. Są przypadki jaskry, w których albo tylko zagłębienie tarczy albo tylko podwyższenie ucisku śródocznego napotykamy, z czego autor wnosi, że zapewne zdarzać się muszą przypadki jaskry bez zagłębienia tarczy i bez podwyższenia ucisku śródocznego (?).

Jako jeden z najgłówniejszych argumentów przemawiających za jego teoryją przytacza Mauthner tę okoliczność, na którą on pierwszy zwrócił uwagę, iż zdolność rozpoznawania ilości światła (*Lichtsinn)* w przypadkach jaskry jest upośledzoną. Z tego wynika, że istotę jaskry stanowi choroba pierwocin wrażliwych na światło (*der lichtempfindenden Elemente)*, która się przenosi na pierwociny przewodzące wrażenia światła (*lichtleitende)*. Znaczy to tyle, że jaskra jest rodzajem *Chorioretinitis*. Tak zwane charakterystyczne ścieśnienia pola widzenia zdarzają się tylko w pewnéj stosunkowo niewielkiéj ilości przypadków, a więc nie są charakterystyczne; natomiast napotykamy wszystkie rodzaje ścieśnienia pola widzenia, hemijanopsyję, dośrodkowe ścieśnienie, ścieśnienie jak w *retinitis pigmentosa* itd. Jeżeli upośledzenie bystrości wzroku, i w ogóle funkcyi oka, miałoby być skutkiem ekskawacyi uciskowéj, natenczas równocześnie z upośledzeniem bystrości wzroku musiałoby wystąpić upośledzenie zdolności rozpoznawania barw, co się tylko bardzo wyjątkowo zdarza; i owszem w jaskrze nawet w najmniejszych odśrodkowych częściach pola widzenia zdolność rozpoznawania barw się utrzymuje.

Tak zwana ekskawacyja uciskowa jest tylko wrzekomą. Za têm przemawiają rozmaite spostrzeżenia. Naprzód zważyć potrzeba, że anatomicznie tylko dowieść można, że blaszka sitowa i grubsze naczynia ku tyłowi się usuwają, lecz żadną miarą tego wykazać nie można, czy zupełnie przeźroczyste włókna nerwu wzrokowego w pierwotném położeniu pozostały lub nie. Czasem, prawda że dość rzadko, widzieć można wziernikiem całkowitą ekskawacyję sięgającą aż do brzegu tarczy nerwu wzrokowego, a pomimo to chory ma prawidłową bystrość wzroku. Gdyby ekskawacyja w tych przypadkach istotnie była zupełną, natenczas żadną miarą bystrość wzroku nie mogłaby być prawidłową, gdyż ekskawacyja od brzegu do brzegu tarczy z góry przypuszczać każe zupełny zanik wszystkich włókien nerwu wzrokowego, położonych w obrębie tarczy. Powyższe spostrzeżenia dowodzą, że istotnie włókna nerwowe mogą pozostać w pierwotném położeniu, chociaż się blaszka sitowa ku tyłowi wysunęła.

W dalszym toku swoich rozumowań odwołuje się autor do spostrzeżeń prof. Jaegera, dotyczących pozornéj ekskawacyi (*scheinbare Excavation)*. Są to przypadki, w których włókna nerwowe tracą nieprzeźroczystą osłonkę, zanim dochodzą do blaszki sitowéj, która nadto w tych właśnie przypadkach jest delikatniejszą i przeźroczystszą niż zazwyczaj. Skutkiem tego przy odpowiedniém nastawieniu wziernika można dojrzeć aż poza blaszkę sitową, przyczém badający ma wrażenie, jak gdyby widział ekskawacyję. W kilku wreszcie przypadkach widział M. wziernikiem drobne naczynia w płaszczyźnie brzegu tarczy nerwu wzrokowego obok głębokiéj ekskawacyi. Przypadki te również dowodzą, że ekskawacyja była tylko złudzeniem, gdyż inaczéj naczynia, które autor widział w płaszczyźnie tarczy, musiałyby się chyba znajdować w ciałku szklaném, które było zresztą zupełnie przeźroczyste i prawidłowe.

Podwyższenia ucisku śródocznego, drugi główny objaw choroby, nie we wszystkich przypadkach napotykamy. W *glaucoma chronicum simplex* napotykamy podwyższenie ucisku śródocznego wszystkich stopni, często jednak w całym przebiegu choroby oko nie jest twardszém. *Dr. Machek.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Korczyński: **Kilka słów o działaniu fizyjologicznem i o zastosowaniu leczniczém nitrogliceryny.**

Po wstępie historycznym opisuje autor swe doświadczenia fizyjologiczne z 1% rozczynem wyskokowym nitrogliceryny zrobionéj przez prof. Julijana Grabowskiego. Doświadczenia fizyjologiczne odbywały się na ludziach zupełnie zdrowych lub rekonwalescentach, których można było uważać również za zupełnie zdrowych. Dawka leku wynosiła od 1 do 6 kropel rozczynu przerzeczonego.

Nitrogliceryna wywiera największy wpływ na narząd krążenia: po 2 do 3 minutach podwyższa czynność serca i przyspiesza tętno o 8 do 16 uderzeń na minutę. Równocześnie z tém nastaje zwiotczenie w układzie tętniczym a drgania ze sprężystości znikają. W wielu razach już po 20 minutach można się było przekonać o dwubitności tętna. Wpływ ten nitrogliceryny na narząd krążenia trwa zazwyczaj do 45 minut a jest najwyraźniejszym między 3. a 15. minutą.

Drugim narządem, na który widocznie działa nitrogliceryna, jest układ nerwowy. Najstalszym objawem działania nań jest ból głowy. Siedzibą bólu są przeważnie skronie. Trwa on dość długo, bo od kilku do kilkunastu godzin; po zażyciu dwóch kropel nie zbyt mocny raczéj tępy; po 6 kroplach jest o wiele mocniejszy i towarzyszy mu wyraźne tętnienie w głowie, przyczém ból głowy zwiększa się wśród każdego skurczu serca. Już po małych dawkach pojawia się uczucie ciepła w głowie, które po większéj dawce zamienia się na bardzo nieprzyjemne i od bólu głowy o wiele nieprzyjemniejsze uczucie pełności w głowie. Mierny wstręt do światła występuje po dawkach większych. Badanie wziernikiem głębi oka nie wykazuje wśród działania nitrogliceryny żadnych zmian. Podczas całego bólu głowy pojawia się szum w uszach tém większy, im większéj użyto dawki. Szum ten podobny do buczenia przerywa się z końcem każdego wdechu.

W roztworze, w jakim używano nitrogliceryny, nie uważano żadnego widocznego działania na narząd trawienia. Toż samo tyczy się narządu oddechowego. — Co do moczu, uważano tylko chwilowo powiększenie się jego ilości, dochodzące w drugim kwadransie po użyciu leku średnio do 20 cm. sz.

Działania leczniczego nitrogliceryny w rozczynie 1% próbowano pomijając niedokładne obserwacyje w 35 przypadkach, u 22 mężczyzn i 13 kobiet.

Nie uwzględniając rodzaju chorób spostrzeżono skutek pomyślny w 18, wątpliwy w 5, brak skutku pomyślnego w 12 przypadkach.

Przechodząc do rodzaju chorób z 7 przypadków duszności napadowéj wśród rozedmy płuc u 6 usunęła nitrogliceryna napady duszności znakomicie w kilku lub najwięcéj w kilkunastu minutach a zadawana systematycznie zapobiegała niekiedy napadom na dłuższy czas. Z 13 przypadków astmy nerwowéj widziano tylko we dwóch skutek pomyślny. W obu rodzajach astmy nitrogliceryna zażyta wśród napadu łagodziła go mniéj, niż zażyta w chwili rozpoczynającego się lub dopiero gotującego się napadu. W dwóch przypadkach tętniaka aorty ustępowały gwałtowne napady stenokardyi daleko rychléj i dokładniéj aniżeli po innych lekach a przy dłuższém i systematyczném zadawaniu nitrogliceryny zniknęły w jednym przypadku zupełnie na czas jakiś.

W obu przypadkach nerwowego bicia serca skutek był pomyślny i trwały; w przypadku zaś trzecim, w którym bicie serca było następstwem niedomykalności zastawek półksiężycowych ze zwężeniem ujścia tętniczego lewego, nitrogliceryna łagodziła tylko napady bicia serca. Z pomiędzy 6 przypadków *anginae pectoris* zauważono tylko w jednym, w którym napady stenokardyi polegały na miażdżycy tętnic i stłuszczeniu mięśnia sercowego, skutek jedynie przemijający; we wszystkich innych zaś 5, z których tylko jeden nie miał podstawy anatomicznéj, działała nitrogliceryna tak pomyślnie, jak żaden inny lek nie działał. Działanie było o wiele wybitniejsze, jeżeli lek zadano podczas zbliżania się napadu. Powrotów napadu nitrogliceryna nie wstrzymywała wyjąwszy jeden przypadek, w którym stenokardyja nie miała podstawy anatomicznéj.

W jednym przypadku pląsawicy mniejszéj *(chorea minor)* od dwóch lat trwającym i poprzednio już wytrwale rozmaitemi środkami leczonym u dziewczynki 14-letniéj, z błednicą i słabym rozwojem naczyń po podawaniu dwa razy dziennie po dwie krople 1% rozczynu ruchy mimowolne zmniejszały się z każdym dniem, a po 25 dniach ustąpiły zupełnie, przyczém odżywianie ogólne poprawiło się tak znacznie, iż ciężaru przybyło w tymże czasie 3 kilogramy.

W jednym przypadku histeryi, jednym drżenia rtęciowego i jednym moczówki cukrowéj próbowano nitrogliceryny, atoli bez pomyślnego skutku.

Z tych przypadków leczniczych wnosi K.:

Nitrogliceryna prędko, dosadnie i prawie pewnie usuwa napady stenokardyi bez względu, czy ona jest nerwicą samodzielną lub téż tylko objawem zmiany anatomicznéj w układzie naczynnym. Prawdopodobnie uśmierza także dzielnie bicie serca z jakiegokolwiek powodu powstałe. Jeżeli stenokardyja lub bicie serca nie ma podstawy anatomicznéj, nitrogliceryna może zupełnie usunąć te przypady.

W stenokardyi z powodu tętniaków nitrogliceryna może nie tylko napady usuwać, ale nadto zapobiegać im do pewnego stopnia.

W astmie samodzielnéj działa niepewnie; w astmie towarzyszącéj rozedmie płucnéj działa świetnie, usuwa nie tylko napady, ale w ogóle leczy tę nerwicę.

W pląsawicy warto próbować nitrogliceryny. W przypadkach, w których nitrogliceryna działała pomyślnie, przypady poprzednio już opisane w układzie nerwowym albo wcale się nie pojawiały albo tylko w stopniu bardzo nieznacznym.

W celach terapeutycznych zadawano zazwyczaj po 1 do 4 kropel, bardzo zaś rzadko po 6 do 10, wyjątkowo zaś posunięto się do 15 kropel i to u chorego, który z własnéj ordynacyi pozwalał sobie po kilka razy dziennie do 30 kropel. Wszystkie te dawki odnoszą się do 1% rozczynu wyskokowego nitrogliceryny. *(Pamiętnik Tow. lek. warsz.* Zeszyt IV. Rok 1881). *D.*

Dr. Hlava i Thomayer: **Przyczynek do anatomii patologicznéj choroby Brighta.**

Wymioty i zaburzenia w żołądku, objawiające się w cho-

robie Brighta, tłumaczy dotąd największa część badaczy wpływem niektórych składników moczu, zatrzymanych w ustroju, na czynności chemiczne i fizyjologiczne żołądka. W celu rozjaśnienia téj sprawy zebrali autorowie kilkanaście przypadków choroby Brighta, badając je tak ze stanowiska klinicznego jak i anatomo-patologicznego, i doszli do odmiennych wyników od dotychczasowych badań.

W żołądku chorych na zapalenie nerek znaleźli: rozszerzenie błony podśluzowéj, w niéj zaś nagromadzone liczne okrągłe komórki wciskające się pomiędzy pojedyncze gruczoły żołądkowe tak, że ugniatając je wywołały ich częściowy rozpad; naczynia błony śluzowéj przekrwione, czasem nawet wybroczyny. Zmiany te były w miarę postępu choroby znacznie wybitniejsze.

Spostrzeżenia te skłoniły autorów do przypuszczenia, iż w przebiegu zapalenia nerek powstaje często śródmiąższowe zapalenie błon żołądka (*gastritis interstitialis*). Źródło choroby może być dwojakie: albo cierpienie żołądka pochodzi z téj saméj przyczyny co i choroba nerek, albo też zmiany te w ustroju są tylko skutkiem zapalenia nerek.

Bartels podaje następujące przyczyny cierpienia żołądka wśród choroby Brighta: 1) niedokrewność towarzysząca zapaleniu nerek wstrzymuje wydzielanie dostatecznéj ilości soku żołądkowego, 2) obrzęk bł. śluzowéj żołądka, 3) wydzielany w mocznicy węglan amonowy zobojętnia kwasy żołądkowe i jest powodem wymiotów, 4) towarzyszący zapaleniu obrzęk nerek sprawia wymioty na drodze zwrotnéj.

Ze zdaniem Bartelsa, tłumaczącego mocznicą te przypady chorobowe, a więc na drodze chemicznéj, nie zgadzają się autorowie na podstawie swoich spostrzeżeń. Zaburzenia żołądkowe, przytoczone w historyjach chorób spostrzeganych przez autorów, dowodzą, że one poprzedzały na kilka, a nawet kilkanaście tygodni stwierdzone zapalenie nerek, a więc mocznica nie mogła być powodem zapalenia żołądka. Z drugiéj strony są tam przypadki zapalenia nerek zakończone mocznicą, w których nie objawiały się zaburzenia w żołądku, a w tych nie znaleziono przy sekcyi zmian chorobowych tego organu. Puchliny brzusznéj nie można również posądzić o wywołanie podobnych zaburzeń przez utrudnienie krążenia krwi, gdyż w dwóch przypadkach, którym towarzyszyła, zmian w żołądku nie było. Powstaje więc raczéj myśl, że zaburzenia w żołądku towarzyszą zapaleniu nerek podobnie jak czasem towarzyszą mu zapalenie płuc, mięśnia sercowego, osierdzia.

Streszczając zaś te spostrzeżenia podali autorowie następujące wnioski:

1) W przebiegu ostrego jak i przewlekłego zapalenia nerek powstaje często rzeczywiste zapalenie miąższowe żołądka (*gastritis interstitialis).*

2) Czy mocznica lub inne od zapalenia nerek zawisłe zmiany są przyczyną cierpienia żołądka, dowieść trudno, być może że jedna przyczyna wywołuje obydwie choroby.

3) W wielu przypadkach, w których za życia objawów cierpienia żołądka nie było, nie znaleziono też zmian w bł. śluzowéj żołądka, zdaje się tedy, że przyczyną niektórych objawów chorobowych żołądka wśród zapalenia nerek jest miąższowe zapalenie żołądka. (Odbitka z *Prager Zeitschrft für Heilkunde* Bd. II). *Dr. Murdzieński.*

Bardeleben: Przyczynek do leczenia tętniaków.

W wykładzie tym, mianym w Towarzystwie lekarskiém berlińskiém przedstawia B. chorego z tętniakiem w dołku kolanowym, który z wielu względów zasługuje na uwagę. Chory ten, 46-letni dobrze zbudowany mężczyzna, spostrzegł w maju 1880 r. po dłuższém staniu i chodzeniu miejsce bolesne w dołku kolanowym. Z początku prócz bólu nie było żadnych innych objawów chorobowych, dopiero w czerwcu tegoż roku spostrzegł B. na tém samém miejscu tętnienie, które podobnie jak bolesność stawało się coraz dotkliwsze. W połowie września spostrzegł chory na bolesném miejscu obrzęk wielkości jaja gołębiego mocno tętniący. Bóle stawały się coraz dotkliwsze. Chory zatém udał się do lekarza i za jego poradą nosił przez 3 miesiące opaskę elastyczną na kolanie. Nie doznawszy jednak żadnéj ulgi szukał pomocy w klinice Bardelebena. Tutaj stwierdzono w dołku kolanowym obecność tętniaka, który dosięgał już wielkości pięści mężczyzny. Po ucisku tętnicy udowéj ustawało tętnienie w obrzęku, który jednak nie wiele tylko przy tém się zmniejszał. Przyczyny powstania tętniaka nie było można wykryć żadnéj. Chory nie doznał żadnego urazu, nie wykonywał nadmiernych ruchów, nie narażał tętnicy na ucisk, np. przez długie siedzenie z skrzyżowanemi nogami, nie przebywał dny ani kiły, serce i tętnice jego były zupełnie prawidłowe, słowem tętniak powstał u niego zupełnie samoistnie. W celu wyleczenia tętniaka unieruchomiono odnogę chorą po mocném zagięciu jéj w kolanie i biodrze. Tętnienie w obrzęku ustało potém zupełnie, a chory znosił to położenie zupełnie dobrze. Jednak już na drugi dzień powstał obrzęk koło kostek i kolana, który zwiększał się stopniowo, a na 4 dzień spostrzeżono miejsce zgorzelinowe na pięcie. Zaniechano więc tego sposobu leczenia, a Bardeleben założył na tętnicę udową tuż pod więzem Pouparta uciskadło, którego stożkowata pelota uciskała tylko tętnicę pozostawiając żyłę nietkniętą. Ucisk wywarty przez narzędzie był mierny, chory nie doznawał żadnych dolegliwości, mimo to wystąpiła już na drugi dzień zgorzel skóry, która zmusiła do odjęcia przyrządu. Następnie założono przyrząd po nad więzem Pouparta, potém nad samym tętniakiem, jednak zawsze już po upływie 2 dni występowała zgorzel w miejscu ucisku. Ponieważ więc postępowanie to nie wiodło do celu, z powodu nadzwyczajnéj skłonności skóry pacyjenta do zgorzeli, przeto założył B. opaskę Esmarcha na chorą odnogę. W godzinę po jéj założeniu wystąpiły przypady ogólnego zadrażnienia, chory stracił przytomność, chwycił za nóż, aby sobie poderznąć żyły na ramieniu. Stan ten ustąpił zaraz po zdjęciu opaski i podaniu leków skrzepiających. W kilka godzin założono opaskę powtórnie lecz znacznie wolniéj. Tętnienie w obrzęku ustało prawie zupełnie, wkrótce jednak wystąpiła zgorzel skóry na grzbiecie stopy.

Po tych doświadczeniach przystąpił B. do podwiązania tętnicy udowéj katgutem. Rana zagoiła się w ciągu dni 11, tętnienie w obrzęku ustało natychmiast po podwiązaniu tętnicy. Ciepłota skóry na choréj odnodze podniosła się o 1°, również spostrzeżono mocne rozszerzenie tętnic na wewnętrznéj stronie kolana, co zatém wskazywało znaczne rozwinięcie się obiegu krwi kolateralnego. Mimo to tętniak zmniejszał się i twardniał powoli i po 10 tygodniach miał tylko $1/5$ pierwotnéj wielkości.

W związku z tym przypadkiem porównywa B. leczenie tętniaków za pomocą ucisku i podwiązania doprowadzającéj tętnicy. Niepomyślne przypady po podwiązaniu większych tętnic, a mianowicie krwotoki następowe, zapalenia sąsiednich żył i ropienia wywołane przez pozostałą w ranie nitkę, były powodem, że leczenie tętniaków przez ucisk doprowa-

dzającéj tętnicy bardzo wielu zyskało zwolenników. Bard. jednak ostrzega przed przecenianiem tego środka leczniczego. Według niego należy go spróbować w każdym przypadku, lecz jeżeli pierwsza próba wykaże jego niedostateczność, natenczas należy przystąpić do podwiązaaia tętnicy dochodzącéj tém bardziéj, że rozwinięte obecnie postępowanie przeciwgnilne, dopuszcza wykonania tego zabiegu operacyjnego bez narażenia chorego na groźne dawniéj niebezpieczeństwa. (*Berl. klin. Wochensch.* 1882 Nr. 1,).

Dr. Schramm.

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Próbę Pettenkofera co do kwasów żółciowych** modyfikuje E. Drechsel w następujący sposób. Ciecz badaną zagęszcza się, poczém dodaje się zamiast kwasu siarkowego, jak to się zwykło czynić, kwasu fosforowego, w ilości którąby nadała całéj cieczy gęstość nieco syropowatą. Następnie daje się kawałeczek cukru trzcinowego i ogrzewa się cały płyn przez kilka chwil w wodzie wrzącéj. Nawet najmniejsza ilość kwasów żółciowych wystarcza do wywołania charakterystycznego zabarwienia czerwonego lub fijołkowo-czerwonego. Główną zaletą téj metody jest, że unika się tu niedogodnego występowania zabarwienia brunatnego, powstałego przez spalenie kwasem siarkowym nadmiaru cukru, a które często bardzo upośledza czułą reakcyję Pettenkofera. (*Journal f. prakt. Chemie* 24, 44).

(L. K.) **Nową metodę do oznaczania kwasu moczowego** podaje Ludwig. Wiadomo, że, jak to pierwszy Salkowski wykazał, kwas chlorowodowy nie strąca z moczu całéj ilości kwasu moczowego, że z przesączu można jeszcze dość znaczną ilość tego kwasu otrzymać przez odpowiednie użycie azotanu srebrowego. To wykrycie dało pochop do szukania nowych metod oznaczania kwasu moczowego w moczu. E. Ludwig każe zaprawić mocz mięszaniną rozczynu amonijakalnego azotanu srebrowego i zawiesiny magnezyjowéj. Powstały osad zawiera całą ilość kwasu fosforowego i kw. moczowego. Ten zbiera się na sączku, obmywa dokładnie wodą zawierającą amonijak, a następnie rozkłada słabym rozczynem siarkanu potasowego na cieplo. Powstały teraz moczan potasowy przechodzi w rozczyn. Do odsączu dodaje się aż do kwaśnego oddziaływania kwasu chlorowodowego, i zagęszcza się go na łaźni wodnéj do pozostałości kilku centimetrów sześć. Po oziębieniu wydzielony kwas moczowy zbiera się na sączku z waty szklanéj, suszy przy 110°C., wymywa dwusiarczkiem węgla, a następnie eterem, aby oddalić dokładnie domięszaną siarkę i ostatecznie się waży. (*Anzeiger der k. k. Akademie d. Wiss. zu Wien*, 1881, p. 92).

(L. K.) **Praktyczny sposób oznaczania twardości wody** podaje V. Wartha. Używa on do tego rurki szklanéj, 30—40 cent. długiéj, na jednym końcu zasklepionéj okrągło, a na drugim marką odpowiadającą 10 cent. sześć. objętości, zaopatrzonéj. Od marki téj począwszy ku górze rurka jest podzielona na dziesiętne sześć. cent. Taką rurkę napełnia się aż po znaczek wodą badaną, daje się następnie kawałeczek bibuły, napojonéj poprzednio wyciągiem z drzewa kampechowego, przez co woda barwi się fijołkowo. Teraz dodaje się z kroplomierza dopóty kroplami rozczyn kwasu chlorowodowego ustawionego na 1/100, aż barwa wody stanie się więcéj fijołkową. Po silném zkłóceniu cieczy znów się daléj dodaje kwasu normalnego, aż wreszcie płyn przybierze barwę jasno cytrynowo-żółtą. Ilość użytego kwasu odczytuje się na rurce, na skali umieszczonéj po nad marką, a następnie odpowiednio się obrachowuje. Wartha poleca sposób swój jako bardzo korzystnie dający się użyć do oznaczania czasowéj twardości wody na miejscu badania, bo nie wymagający wielu przyrządów ani wielu odczynników. (*Ber. d. deutsch. chem. Gesellsch. z. Berlin.* 13, 1195. — *Fresenius Zeitschrift*, XXI, 135).

(F. M.) **Ergotyn przeciw bolesności i występowaniu guzów krwawnicowych**. Dr. Blaschko stwierdził znakomite działanie tego środka w przypadkach krwawnic bolesnych i oświadcza, że on przewyższa inne sposoby leczenia. Ergotyn zdaniem B. zmniejsza bolesność w przeciągu kilku godzin, guzy krwawnicowe kurczą się i wchodzą dobrowolnie do odbytnicy, a chorzy mogą się wśród leczenia zajmować pracą. B. zaleca 1.00 ergotynu na 100.00 wody, a zmaczane w tym rozczynie szmatki przykłada się co godzina na miejsca cierpiące. (*Allg. med. Ctr. Ztg.*)

IV. Listy z Paryża.

I.

Sposób uczenia nauk lekarskich we Francyi w ogóle a w Paryżu w szczególności, jest bardzo odmiennym od austryjackiego i niemieckiego. Różnice główne stanowią: krótki czas trwania studyjów, wybitny kierunek praktyczny i wytworzenie współzawodnictwa między uczniami. Studyja uniwersyteckie trwają tylko lat cztery. Uczniowie medycyny nie są obowiązani słuchać wykładów teoretycznych; to też sale wykładowe są zazwyczaj zapełnione przybyszami z obczyzny i starszymi lekarzami wolno praktykującymi,— uczniów tam bardzo mało. Natomiast obowiązani oni są pracować w laboratoryjach i prosektoryjach, a późniéj odwiedzać pilnie kliniki lub szpitale. W drodze konkursu, tj. egzaminu ustnego i piśmiennego, wolno jest już uczniom trzeciego roku medycyny ubiegać się o posady szpitalne, t. zw. „*externe*“ (równające się mniéj więcéj stopniowi naszych aspirantów szpitalnych), których liczba jest ograniczoną. Już po roku téj służby, a więc na czwartym roku medycyny, wolno jest eksternom ubiegać się znowu w drodze konkursu o posadę internów, która równa się mniéj więcéj posadzie naszych sekundaryjuszów. Uczniowie, którzy téj drogi nie obierają, a którzy stanowią bardzo przeważną większość, prawie ogół studentów, mogą już po czwartym roku ubiegać się o stopień doktora wszech nauk lekarskich. Przeciwnie uczniowie zajmujący posady szpitalne mogą wprawdzie składać egzamina, nie mają jednak prawa pisania tez, które dopiero—oczywiście po zdaniu egzaminów—dają prawo do tytułu doktora.

Czy system zaledwie pobieżnie tu skreślony dobre wydaje owoce, tj. czy większość lekarzy wychodzących z uniwersytetu paryskiego jest odpowiednio przygotowaną do zawodu, w jakim ma pracować dla dobra ogółu, o tém ośmielam się wątpić. Studyja czynione z takim pośpiechem muszą być pobieżne i powierzchowne.

Z drugiéj strony przyznać trzeba, że ten system ubiegania się o coraz wyższe posady w drodze konkursu, w drodze pracy i współzawodnictwa, dodaje choć bardzo nielicznéj garstce uczniów bodźca do kształcenia się wyczerpującego w kierunku raz obranym i dostarcza fakultetowi jak również i zakładom szpitalnym coraz nowych i znakomitych sił, wyłącznie prawie z własnego uniwersytetu czerpanych. Gdyż podobnie jak wspomniane posady eks- i internów tak i prawie

wszystkie inne posady szpitalne i uniwersyteckie, jak asystentów, prosektorów, zastępców profesora, kierownika laboratoryjów itd., nadawane są prawie wyłącznie w drodze takiego konkursu. Tylko posady prymaryjuszów i profesorów są wolne od tego konkursu. Lecz prymaryjuszem można zostać tylko z innéj posady szpitalnéj, do któréj również wymaganym jest konkurs *(Medicin ou Chirurgien du Bureau centrale)*. Również profesorem uniwersytetu może zostać tylko dotychczasowy zastępca profesora (t. zw. *aggregé*). Tylko profesor kliniki chorób wewnętrznych G. Sée został wyjątkowo mianowany profesorem, nie bywszy poprzednio zastępcą profesora.

Na tém polu uwag ogólnych daloby się jeszcze bardzo wiele powiedzieć, gdyż jak już wspomniałem poprzednio, stosunki tutejsze są bardzo od naszych odmienne, tak, że prawie na każdym kroku napotyka się coś nowego; każden więc szczegół jest do pewnego stopnia zajmującym. Ramy listu nie pozwalają mi jednak wchodzić zbyt w szczegóły systemu kształcenia młodego pokolenia lekarzy francuskich. Natomiast zamierzam nieco obszerniéj skreślić stosunki i stan obecny tutejszych szpitali, co zapewne więcéj obudzi zajęcia.

Do roku 1789 liczne szpitale paryzkie były od siebie nawzajem niezależne jak również i od władz rządowych. Utrzymanie ich zdaném było zupełnie na łaskę osób dobroczynnych, które już to materyjalnie, już to moralnie, przyczyniały się do ich dobrobytu i rozwoju. Dopiero w roku 1789 połączono zarząd wszystkich szpitali w jedną władzę centralną, *l'administration des hôpitaux*, a w roku 1849 poruczono jéj kierownictwo tak zwanemu *Directeur de l'Assistance publique* pod nadzorem ministerstwa spraw wewnętrznych i komisyi złożonéj z dwudziestu członków (między innymi każdorazowy dziekan wydziału lekarskiego, prefekt Sekwany i dyrektor policyi). Pod nadzorem téj władzy zostają nietylko szpitale, ale także wszystkie inne urządzenia sanitarne Paryża.

Zakłady szpitalne paryzkie podlegające rzeczonéj władzy dzielą się na dwa działy główne: do pierwszego należą szpitale, czyli lecznice w właściwém tego słowa znaczeniu; do drugiego t. zw. *„hospices“*, gdzie są pielęgnowani chorzy nieuleczni i starcy nie mogący zapracować na chleb codzienny. Liczba łóżek w szpitalach wynosi ogółem 8000, w „hospices“ zaś około 9000. Na czele zaś każdego szpitala stoi dyrektor, zastępcą jego jest rządzca. Czynności lekarskie w szpitalach sprawują prymaryjusze, zwani tu *„medicins“* lub *„chirurgiens des hôpitaux,* daléj t. zw. interni i eksterni. Pierwsi mianowani są dożywotnie a właściwie do 65 roku życia, ostatni na lat cztery. W zasadzie lekarze ci nie są płatni, mają jednak prawo do małych wynagrodzeń rocznych. Tylko interni pełnią służbę lekarzy dyżurnych i mieszkają po większéj części w szpitalu.

Dwa najnowsze szpitale paryskie, t. j. *hôpital Lariboisière* i *Hôtel Dieu* zasługują ze wszech miar na opis nieco więcéj szczegółowy, urządzone są bowiem prawie pod każdym względem wzorowo. Są one budowane prawie według jednego i tego samego planu; to téż opis jednego może służyć także i dla drugiego. Pierwszy z nich wybudowanym został w przeciągu blisko ośmiu lat nakładem hrabiny Lariboisière (ztąd jego nazwa) i kosztował wraz z urządzeniem wewnętrzném przeszło dziesięć milionów franków, z tych sam plac pod budowę trzy milijony. Otwarcie jego nastąpiło w roku 1854. Liczba łóżek wynosi około 600, może być jednak w razie potrzeby nieco zwiększoną. Szpital cały ma kształt wielkiego prostokąta, którego obwód wynosi 51872 metrów. Środek tego prostokąta stanowi wielkie, główne podwórze; dwa mniejsze boki tego prostokąta wypełnia z jednéj strony brama główna z przysionkiem a z drugiéj strony kaplica. Dwa zaś większe boki utworzone są po obu stronach symetrycznie rozłożonemi szeregami dwupiętrowych pawilonów, z każdéj strony po pięć, oddzielonych pomiędzy sobą małemi ogródkami. Krużganek otwarty otaczający podwórze środkowe we wszystkich piętrach, a którego sklepienia opierają się tylko na amfiladzie słupów, ułatwia wejście do każdego pawilonu na każdém piętrze. Krużganek ten nie może być więc opalanym i to stanowi mojém zdaniem jedyną wadą tego szpitala, gdyż przez to chorzy pozbawieni są w zimie miejsca choć małéj przechadzki.

Pierwsze dwa pawilony zajęte są na mieszkania dyrektora, rządzcy, internów, aptekę, bióra administracyjne i sale ambulatoryjne. W dwóch ostatnich pawilonach, stanowiących niejako boczne skrzydła kaplicy, pomieszczone są dwa amfiteatry (dla wykładów lub większych operacyj), daléj pralnie i łaźnie. Trupnia i małe prosektoryjum znajdują się również w pobliżu kaplicy. Pozostających sześć pawilonów (po trzy z każdéj strony) mają piętra nieco wyższe; one stanowią właściwy szpital. W każdym z nich jest prócz obszernéj klatki schodowéj, osobno dla każdego pawilonu, po trzy sale chorych: jedna na dole, druga na pierwszém, trzecia na drugiém piętrze. Sale te zupełnie do siebie podobne mają 38 metrów długości, 9m. szerokości i 5m. wysokości. W każdéj sali jest 32—36 łóżek. Ilość powietrza wypadająca mniej więcéj na jednego chorego wynosi 50—56 metrów sześć. Obok każdéj sali znajduje się prócz łazienki, pokoiku dla posługi, wychodka itp., jeszcze jedna salka dla dwóch chorych, których odosobnienie lekarz uzna za stosowne, jedna z tych sal przeznaczona na salę położnic ma tylko 28 łóżek i tyleż kołysek, a jéj salka dodatkowa przeznaczona na salę porodu ciężkiego, gdzie pomoc lekarska jest potrzebną; porody normalne odbywają się w sali wspólnéj. Ściany sal chorych i klatki schodowéj są gipsowane i pokostowane *(stuqués,* podobnie jak wnętrze prosektoryjum anatomii w Krakowie), co ułatwia utrzymanie ich w stanie czystości. Opalanie i wentylacyja uskuteczniają się według dwóch systemów: pierwszy system wentylacyjny (pp. Thomas i Laurens) skombinowany jest z systemem ogrzewania (p. Grouvelle), dostarcza prócz głównego swego zadania wody gorącéj dla sal chorych, łaźni, pralni itd. i porusza pompę hydrauliczną. Drugi wyłącznie wentylacyjny system (pp. Duvoir i Leblanc) jest również zastosowany w całym szpitalu. W ten sposób ilość powietrza wprowadzonego do sali chorych w jednéj godzinie wynosi około 90 metrów sześc. na każdego chorego. Urządzenie i zaprowadzanie obu tych systemów kosztowało przeszło 400.000 franków.

Paryż w Grudniu 1881. *Dr. Gwiazdomorski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W Krakowie podniosła się ogólna śmiertelność od 1—7 stycznia z 24,8 na 35,1 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 7, (0 z t.); z płonicy 2 (0 z. t.); z błonicy 5 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z róży 0 (3 z. t.); a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 ospianki, 4 płonicy, 3 krztuśca, 2 błonicy, 11 duru osutkowego (6 z kryminału, 4 ze szpitala św. Ludwika, 1 z Kaźmierza); 1 róży, 1 gorączki połogowéj W tygodniu od 11—17 grudnia ospa utrzymywała się

w równém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 500, świeżo zapadło 98, umarło 25. W Wiedniu umarło z ospy 11, w Budapeszcie 10, w Pradze 4, w Petersburgu 4, w Warszawie 23, w Paryżu 9, w Madrycie 21, w Lizbonie 3. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 9, w Londynie i Walencyi po 5. Odra jeszcze jest gwałtowną w Londynie, Glasgowie i Liverpolu, złagodniała w Chrystyjanii, gdzie doniesiono o 649 przypadkach (900 poprzed. tyg.) W Rio de Janeiro umarło od 1—15 października z febry żółtéj 2. Z cholery umarło w Mekce 18 listopada 7, 19 i 20 po 1. W Djeddah nie umarł nikt z cholery 22 i 23 listopada. W obozie kwarantanowym w El-Wisch pojawiło się kilka przypadków cholery pomiędzy pielgrzymami, których liczba dochodziła do 3500.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 grudnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,8; we Lwowie 32,5; w Poznaniu 25,0; w Wiedniu 25,8; w Pradze 30,1; w Budapeszcie 33,8; w Tryjeście 29,5; w Berlinie 25,2; w Wrocławiu 25,4; w Gdańsku 31,1; w Mnichowie 29,2; w Dreźnie 21,7; w Lipsku 22,6; w Bazylei 24,3; w Brukselli 22,3; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 21,2; w Paryżu 25,9; w Londynie 22,3; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 14,5; w Chrystyjanii 25,1; w Petersburgu 42,1; w Odesie 27,3; w Wenecyi 22,6; w Bukareszcie 19,8; w Madrycie 38,7; w Lizbonie 28,1; w Aleksandryi 31,2; w Nowym Yorku 26,7; w Filadelfii 22,6; w Bombaju 24,5; w Madrasie 24,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 stycznia. Podajemy dosłownie z Nru 1 *Medycyny* rzecz o smutnych wypadkach warszawskich, o ile ona obchodzi lekarzy:

Smutne wypadki, które się zdarzyły w kościele Sto-Krzyzkim, a następnie na ulicach Warszawy, powołały do działania kolegów naszych, zaraz w pierwszéj chwili zebranych licznie, dla niesienia pomocy tym, którzy wypadkowi ulegli. Nie licząc ofiar, które do domów zawieziono lub które same się tam udały, w szpitalach zebraliśmy następujące liczby i wiadomości. Do szpitala Śgo Rocha przyniesiono natychmiast po wypadku 24 trupy i 24 osoby żywe. Pomiędzy temi ostatniemi było tylko 6 mężczyzn, przeważnie młodych chłopców. Wszyscy po przyniesieniu ich do szpitala przedstawiali obraz przekrwienia żylnego; twarze ich były silnie obrzmiałe i sine, u niektórych pianę i krew na ustach widziano; prawie u wszystkich były tak znaczne wynaczynienia pod łącznicą w oczach, iż gałki ich oczne stały się zupełnie ciemne; w tydzień po katastrofie jeszcze można było ofiary wypadku od innych szpitalnych chorych poznać po ciemnym kolorze łącznicy. Niektóre kobiety miały znacznie posiniałe powieki i okolice oczne. Prawie wszyscy ci chorzy przybywali bez oddechu i tętna, ale energicznie stósowane oddychanie sztuczne przywoływało ich do życia. U niektórych chorych wstrzykiwano pod skórę eter u innych morfin dla uspokojenia. Po przywróceniu oddechu prawie wszyscy chorzy byli jeszcze kilka do kilkunastu godzin bezprzytomni, rodziny, która na ich ratunek pośpieszyła, nie poznawali, majaczyli, a niektóre kobiety wydawały krzyki przerażające i wiły się w kurczach. Z tych 24 chorych jedna tylko kobieta umarła; była także aż do śmierci nieprzytomną (nawet po przywróceniu u niéj oddechu i tętna) i podlegała potém ogólnym drgawkom, które prawdopodobnie miały swoją przyczynę w wynaczynieniu w osłonach mózgowych. Ważnym obrażeniom uległa stosunkowo niewielka liczba, co przypisuje kol. Wszebor, którego uprzejmości powyższe szczegóły zawdzięczamy, téj okoliczności, iż ofiary były ubrane w grube zimowe ubiory w chwili wypadku. Z ważniejszych uszkodzeń uważano: u kobiety jednéj złamany obojczyk, łopatkę i ramię, u innéj złamane 3 żebra, u chłopczyka złamane lewe udo; panna F. miała naderwane ucho, które jednak po zszyciu zrosło się. W szpitalu Dzieciątka Jezus złożono cztery trupy: trzy żeńskie a jeden męzki i przywieziono trzy osoby chore, które mają się dobrze. — Jako ofiary późniejszych wypadków, na ulicy zaszłych, przywieziono do szpitala ewangielickiego czterech rannych, z tych jeden otrzymał tak silne uderzenie w lewe oko, iż kol. Wł. Stankiewicz widział się zmuszonym wyłuszczyć gałkę oczną, czego w sobotę dokonał. Do szpitala Starozakonnych dostawiono aż 23 pokaleczonych na ulicy, z tych jeden umarł wśród objawów połowiczego bezwładu, a oględziny pośmiertne sądowe wykazały pęknięcie czaszki i znaczne wynaczynienie w osłonach mózgowych. Jedna kobieta miała od uderzenia wybite cztery przednie zęby i przeciętą górną wargę. Oprócz tego znaczniejszych obrażeń nie było. Na tém jednak nie kończy się lista ofiar nieszczęsnych dni ostatnich. Wielu potłuczonych, poranionych itp. w kościele leczy się w domu. Tak samo pomiędzy starozakonnymi wiele jest poronień, przedwczesnych porodów, cięższych lub lżejszych uszkodzeń, o czém świadczą koledzy, mający pomiędzy tą klasą ludności praktykę. Nie ulega wątpliwości, iż energiczna pomoc kolegów naszych tak w kuchni taniéj i cyrkule, jak następnie w szpitalu św. Rocha, przywołała do życia wielu poszkodowanych, którzy bez tego niechybną pastwą śmierci byliby się stali".

Ze swéj strony podnieść musimy jeszcze jednę okoliczność. Że lekarze tak bezpośrednio po katastrofie w kościele Sto-Krzyzkim, jakotéż i późniéj pośpieszyli z pomocą swą dla nieszczęśliwych, jest rzeczą całkiem naturalną; niedopatrujemy się nawet żadnéj traiczności w losie felczera, którego mienie niszczono, podczas gdy on zajęty był bezinteresownêm niesieniem pomocy; wszak stan lekarski w ogóle zbytkiem wdzięczności nie jest znarowiony. Ale na szczególne uznanie zasługuje ofiarność kolegów warszawskich, albowiem należeli oni i do pierwszych, którzy pospieszyli z datkami znacznemi na biedne ofiary podwójnéj katastrofy, dając tym sposobem świetny przykład prawdziwéj miłości bliźniego. Pochwały godném jest także postępowanie owego felczera, który nie przyjął wsparcia, przeznaczając takowe dla potrzebniejszych od siebie. Fakta takie zdolne są napawać dumą każdego lekarza i dodać mu otuchy w ciężkiéj walce o byt. *Sursum corda!*

* Nr. 1 *Kroniki Lekarskiéj* z rb. ukazał się w zmienionym na 8kę wielką formacie, który w każdym razie więcéj odpowiada zadaniu, do spełnienia którego Redakcyja tego dwutygodnika zdąża.

* **Warszawa**. Towarzystwo lekarskie obrało na rok bieżący prezesem Dra Wł. Orłowskiego, wiceprezesem Dra Gepnera, a sekretarzem dorocznym Dra Rom. Jasińskiego. Równocześnie sekretarz stały prof. Szokalski wybrany został przez aklamacyję członkiem honorowym.

Uniwersytet liczy w roku bieżącym 1006 słuchaczy, z których na Wydział lek. przypada 509. (*Gaz. Lek.*)

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. fizyjologii w Gracu Dr. Aleksander Rollet otrzymał tytuł radzcy rządowego w uznaniu znakomitych zasług na polu naukowém i dydaktycznêm. — Dr. Otokar Chiari, b. asystent prof. Schröttera, habilitował się jako docent laryngoskopii we Wiedniu.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Alfred Wolfram rodem z Bochni.

* **Nekrologija**. Otrzymaliśmy list następujący:

Kolega nasz Dr. Wojciech Wołek, zakończył życie dnia 31 grudnia 1881 około godziny 5téj wieczorem, zwłoki jego pogrzebaliśmy przy licznym udziale Lwowian 2 stycznia b. r. Zmarły od chłopięcia szedł pracą do zaszczytu doktora medycyny, który osiągnął w marcu 1863 we Wszechnicy Jagiellońskiéj. Ulubiony uczeń prof. Bierkowskiego i Dietla odznaczał się prawością i życzliwością koleżeńską, zawsze gotów do czynienia usług. W pośród młodzieży akademickiéj górował wybitnie jako postać naczelna. Piękne to były czasy, godne by je szlachetne serce i wierna pamięć piórem przeniosła na pamiątkę pokoleniom późniejszym. Ówczesna młodzież akademicka pełna miłości do nauk i do swoich przezacnych profesorów otaczała dumą i miłością tych swoich towarzyszy, co talentem, charakterem już wówczas się odznaczali a dziś albo należą do upadłych, albo jaśnieją w ojczyznie umiejętnością, cnotami, sławą. Pomiędzy tymi wybranymi śp. kol. Wołek zajmował miejsce zaszczytne. Po pierwszych próbach praktyki lek. w Stanisławowie, zdecydował się poświęcić się okulistyce, wyjechał do Berlina, gdzie w klinice Graefego kształcił się w téj gałęzi, mając już z czasów akademickich wielką wprawę do rękoczynów chirurgicznych. Jako okulista osiadł stale we Lwowie, gdzie zjednał sobie przyjaciół w szerokich kołach i we wszystkich warstwach społeczeństwa. Choroba jego rozpoczęła się wcześnie, bo przed ośmiu i może więcéj laty. Od pół roku cofnął się całkiem z pola praktyki i życia

towarzyskiego i przepędził resztę życia przy swoim przyjacielu i ze swoim wiernym sługą. Cześć jego pamięci!

Dr. Edward Sawicki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Kolaczka (we Wrocławiu): Torbielo-włókniak ściany brzusznéj. Laparotomija z pomyślnym skutkiem: Mączewskiego: Tętniak części błoniastéj przegrody sercowéj. — W *Medycynie* Nr. 1: Rogowicza: Przypadek całkowitego wrodzonego zarośnięcia otworu sromnego, nagromadzenie się odpływu miesiączkowego, operacyja, wyzdrowienie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. H. SCHRAMM: Rozwój nowotworów rakowych skórnych na podstawie przypadków obserwowanych w Klinice chirurg. krakowskiéj od r. 1860—1879. (Osobne odbicie z „Pam. Tow. lek. warsz.") in 8vo str. 96.

Dr. J. KRAMSZTYK: Jaka jest wartość lecznicza peptonów? (Osobne odbicie z „Gazety Lekarskiéj" 1881) in 8vo str. 11.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 18go bm. o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém odbędzie się: 1) zapowiedziany na ostatniém posiedzeniu wykład; następnie 2) kol. Browicz okaże preparaty nowotworów żołądka; 3) kol. Obaliński przedstawi 2ch chorych operowanych w klinice; a 4) kol. Ponikło omówi w krótkości wynik leczenia kodeinem w przypadku cukrzycy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. — W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.